# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR IVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

**ions générales :**

- e cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- e cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- a validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- 'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

**rmacie :**

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

**diologie et Biologie :**

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

**otique :**

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

**éducation :**

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

**Dentaire :**

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

**Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :**

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

**Adresses Mails utiles**

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données [illegible] personnel.

[illegible] Quartier de l'Horloge

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

# Déclaration de Maladie

Nº M20- 0000119

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 10308 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bougaddou Fatima 78169

Date de naissance :

Adresse : ferdaous I n°38 App 7 4ème Etg 2 ain sfa casablanca

Tél. : 0602467656 Total des frais engagés : Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Professeur Mohamed ARSSI Chirurgie Traumatologie Orthopédie - Chirurgie Clinique Mers - Casablanca - Tél.

Date de consultation : 28 / 04 / 2021

Nom et prénom du malade : Bougaddou Fatima Age:

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hallux valgus Dt opérée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

**Fait à :** casablanca **Le :** 14 / 07 / 2021

**Signature de l'adhérent(e) :**

14 JUIL. 2021

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Cœfficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|---|---|---|---|---|
| 28/04/2021 | Cs | | 300,00 | Pr Mohamed [illegible] Médecine du Sport Chirurgie Traumatologique Clinique Les Orangers - Suisse 56, Rue Omar El [illegible] Casablanca |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---|---|
| | | |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|---|---|---|
| | | | |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

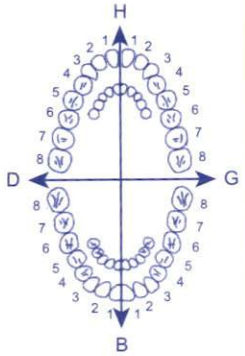
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| INFIRMIER ERGONOMIQUE Mon Naciri Complexe Al Firdaws Escale 8, Appt 1 - Casablanca Tél 05 22 93 08 36 | 14/06/2022 | α | | | | 30 Sc x 100,00 DH = 3000,00 DH |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | | Nature des Soins | Cœfficient |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



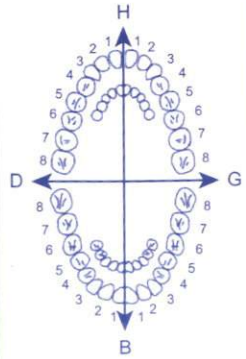

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

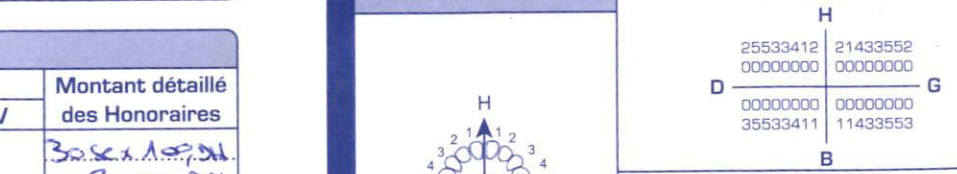
DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**




**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**




**(Création, remont, adjonction)**
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION